**ANEXO III**

**MODELO DO CURRÍCULO**

**I – IDENTIFICAÇÃO**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones para contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II – Formação Acadêmica:**

* - Certificados ou Diplomas que comprovem a sua formação acadêmica.

**III – FORMAÇÃO COMPLEMENTAR:**

* Cursos de Atualização, Aperfeiçoamento e de Pós Graduação, em áreas relacionadas com a área de saúde proposta no Edital.

**IV - HISTÓRICO PROFISSIONAL:**

* Experiência Profissional na área de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Certificados, declarações com temporalidade, contracheque, carteira de trabalho...)

**V- EXPERIÊNCIA DOCENTE:**

* Cursos que participou como docente (Nome do curso, Instituição, carga horária, data).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura

(Declarações com temporalidade, certificados, etc.)